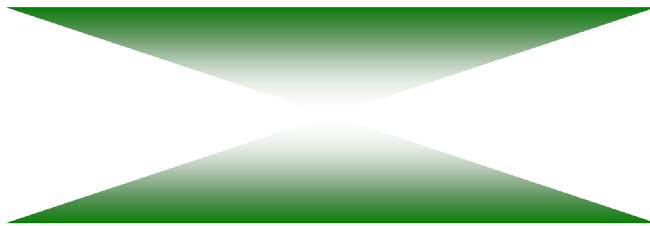




*COMISIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD*



# CONSULTA DE ENFERMERÍA

## A DEMANDA

MARTÍN SANTOS, FRANCISCO JAVIER

MORILLA HERRERA, JUAN CARLOS

MORALES ASENCIO, JOSÉ MIGUEL

GONZALO JIMÉNEZ, ELENA



## 1. INTRODUCCIÓN.

La gestión de la demanda asistencial constituye uno de los puntos álgidos de la calidad en Atención Primaria donde confluyen el interés de los ciudadanos y los profesionales.

Para los ciudadanos la percepción de los servicios sanitarios en Atención Primaria está determinada en gran medida por su posibilidad de acceder o no a los mismos de forma fácil e instantánea cuando necesitan de ellos. Las barreras al acceso (demoras, esperas, etc) y las condiciones de dicho acceso (percepción de *prisas* para su consulta) son causa de insatisfacción contrastada. en los estudios de opinión<sup>1,2,3</sup> y en los análisis de reclamaciones<sup>4</sup>.

Por otro lado las consultas a demanda suponen la práctica totalidad de la actividad asistencial de los médicos de familia, los cuales consideran, de forma generalizada, que soportan un exceso de presión asistencial. Paralelamente las consultas de enfermería atienden a un número limitado de pacientes, en consultas de carácter programado dirigidas a un grupo de población concreto. En la mayor parte de su tiempo de trabajo en el centro la enfermera de atención primaria realiza actividades de forma dispensarizada (curas, vacunas, planificación familiar, inyectables, controles de niño sano, consultas de pacientes anticoagulados –TAO-, inyectables, metadona, y un etcétera más o menos largo).

Las consultas de enfermería son una modalidad de atención enfermera en la que se establece una relación cuidadora, terapéutica, entre ésta y su paciente. En su origen están relacionadas con el seguimiento de enfermos crónicos tanto en España como fuera. Desde sus inicios en los USA en el *Johns Hopkins Hospital* de Baltimore<sup>5</sup> con cardiopatas y diabéticos a su desarrollo en Andalucía y el resto de España como Programa de Consultas de Enfermería para el control y



seguimiento de enfermos crónicos<sup>6</sup>, con la inclusión de pacientes hipertensos, diabéticos y broncópatas principalmente.

A partir de un formato de consultas exclusivamente programadas su desarrollo ha llevado a la existencia de consultas de enfermería a demanda como un proceso *natural* producido tanto en España como en otros países. En el año 2001 el Servicio Andaluz de Salud plantea por primera vez el los Contratos Programa con sus Distritos de Atención Primaria la creación de estas consultas.

Fuera de España nos encontramos con diferentes experiencias en al abordaje de la presión asistencial desde los servicios de salud definiendo servicios para diversos segmentos de la demanda que sean resolutivos, de alta calidad (incluyendo la satisfacción) y coste-efectivos. Dichos servicios vienen a responder a necesidades y expectativas de la población y a mejorar la efectividad y la eficiencia del sistema. Un eje de ellos es que se dota a la enfermería de mayor responsabilidad: más capacidad y autonomía para resolver y gestionar demandas asistenciales. Estas experiencias, que se inician en los USA en 1965 con la aparición de las nurse practitioners (NP) en la Universidad de Colorado, se han desarrollado rápidamente hasta contar en 1994-95 con 248 programas de formación de NP y 49.000 profesionales en USA<sup>7</sup>. En Canadá también se desarrollan estos roles enfermeros y las prácticas de colaboración médico-enfermera que implican, y se conocen evaluaciones sobre la provisión de los diferentes servicios de atención primaria entre médicos y enfermeras<sup>8</sup> caracterizados a partir de los cinco dominios de actividades en atención primaria de la OMS (actividades de promoción de salud, de prevención de enfermedad, curativas, rehabilitadoras y cuidados de soporte) como podemos ver en la tabla 1.



**Tabla 1: Servicios de AP provistos por enfermeras (NPs) y médicos de familia (FPs) a 400 pacientes de dos zonas rurales en Ontario.**

Servicios de atención primaria	Proveedor y número de servicios			
	NPs (1.6 FTEs)		FPs (3.0 FTEs)	
	Nº	Por FTE	Nº	Por FTE
<b>Promoción de salud</b>	18	11.3	30	10.0
<b>Prevención de enfermedades</b>	126	78.8	167	55.7
<b>Cuidados curativos</b>	30	18.8	88	29.3
Episodios agudos o procesos menores	28	17.5	59	19.7
Heridas o lesiones menores	2	1.3	10	3.3
Episodios agudos de procesos graves	0	0.0	16	5.3
Lesiones o heridas graves	0	0.0	3	1.0
<b>Cuidados de rehabilitación</b>	24	15.0	191	63.7
Tratamiento inicial de enfermedades crónicas	0	0.0	22	7.3
Ajustes de tratamiento por inestabilidad enfermedades crónicas	5	3.1	86	28.7
Monitorización de enfermedades crónicas estables	17	10.6	71	23.7
Continuación de cuidados por lesiones o discapacidades	2	1.3	12	4.0
<b>Cuidados de soporte</b>	70	43.8	101	33.7
<b>TOTAL</b>	<b>268</b>	<b>167.5</b>	<b>577</b>	<b>192.3</b>

Fuente: Way et al. CMAJ 2001; 165 (9): 1210-14.

FTE: full time equivalent. Sistema de descripción de puestos de trabajo utilizado habitualmente en el entorno sanitario anglosajón. Describe un puesto durante un período completo de servicio, independientemente del número de profesionales que lo cubran.

Las cinco razones más frecuentes para visitar a la enfermera eran: exámenes periódicos de salud (27%), infecciones respiratorias agudas (12%), diabetes mellitus (8%), contracepción y embarazos (5%) e hipertensión (4%). Para el médico de familia las cinco razones más frecuentes fueron: problemas cardiovasculares relacionados con la hipertensión (10%), problemas musculoesqueléticos agudos (8%), diabetes mellitus (7%), exámenes periódicos de salud (5%) y enfermedades mentales agudas (4%).

Estas políticas de sustitución se apoyan en importantes resultados en términos de evidencia clínica, que muestran como las enfermeras de atención primaria obtienen resultados similares a los de los médicos en la atención a los pacientes crónicos (diabéticos, hipertensos o asmáticos)<sup>9</sup>,



o como también ofrecen un servicio efectivo y satisfactorio a los pacientes que solicitan consulta a demanda por enfermedades leves en los centros de salud<sup>10,11,12</sup>. Así mismo en la atención geriátrica encontramos experiencias de provisión directa de un amplio abanico de intervenciones por parte de enfermeras con buenos resultados<sup>13</sup>. De igual modo se encuentran revisiones sistemáticas como la realizada por el NHS de Escocia<sup>14</sup> que recogen la evidencia disponible sobre la contribución de las enfermeras en distintas áreas: enfermedad coronaria, cáncer, salud mental, salud infantil y del adolescente, salud maternal, cuidados del anciano y un largo etcétera.

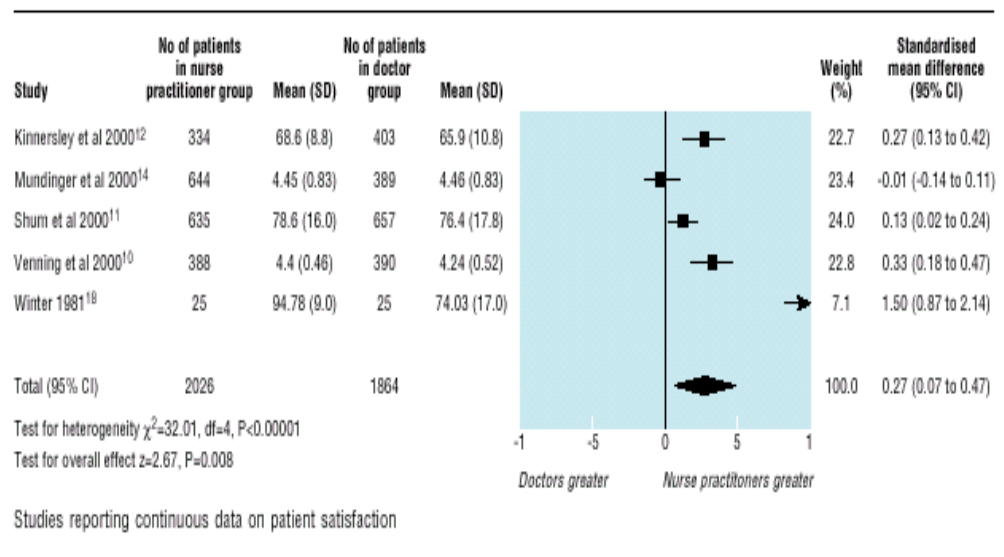
La evaluación de la efectividad de la gestión enfermera de la demanda asistencial en atención primaria cuenta ya con un número importante de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) y estudios observacionales publicados. Esta situación ha propiciado ya la realización de una revisión sistemática (RS) recientemente publicada<sup>15</sup>.

Esta RS incluye 11 ECAs y 23 estudios observacionales prospectivos con grupo control y evalúa los siguientes *outcomes* : satisfacción, nivel de salud y calidad asistencial (duración de la consulta, realización de pruebas, prescripciones, reconsultas, derivaciones). Los resultados que nos muestran los ECAs de dicha RS son:

- Satisfacción: realizaron estudios de satisfacción 9 ECAs, en 5 de los cuales los instrumentos de medida permitieron el metaanálisis que nos muestra (ver figura 1) una mayor satisfacción en los pacientes atendidos por enfermeras.



Figura 1. Satisfacción pacientes atendidos por NPs vs GPs.



Fuente: Horrocks S et al. BMJ 2002; 324: 819-823.

- Nivel de salud: fue medido en 7 ECAs y su análisis cualitativo muestra que no aparecen diferencias en el nivel de salud entre ambos grupos.
- Calidad: en 6 ECAs se evaluaron diferentes medidas de proceso (ver tabla 2) cuyo análisis cualitativo muestra que:
  - ✓ Los pacientes obtienen mejor información con la NP.
  - ✓ Las NPs registran mejor en la historia clínica.
  - ✓ Los pacientes obtienen más información sobre prevención, causas de enfermedad, alivio de síntomas y que hacer si el problema persiste.

Tabla 2. Medidas de proceso de las consultas a demanda de NPs y GPs.

	Nº de estudios	Nº en grupo intervención (NPs)	Nº en grupo control (GPs)	Diferencia ponderada de medias (IC 95%)
Duración de la consulta	5	2277 media 14,89 min	2286 media 11,14 min	3,76 (2,05 a 5,29)
Prescripciones	4	1685 / 2503	1944 / 2861	1,02 (0,90 a 1,15)
Pruebas diagnósticas	5	932 / 2537	1015 / 2896	1,22 (1,02 a 1,46)
Reconsultas	6	835 / 2919	913 / 3247	1,05 (0,87 a 1,28)
Derivaciones	2	44 / 1293	59 / 1367	0,71 (0,30 a 1,70)

Fuente: Horrocks S et al. BMJ 2002; 324: 819-823.



La misma *Asociación Médica Británica* (BMA) propone<sup>16</sup> en estos momentos que las enfermeras gestionen la puerta de entrada al NHS. En este pronunciamiento muestran los resultados de una encuesta encargada por la propia BMA realizada a 1.972 entrevistados adultos en 198 puntos de entrevista el 13 de febrero de 2002. En ella el 87% de los pacientes estarían de acuerdo en ver a su enfermera en vez de su médico si su problema no comporta gravedad. Asimismo el 84% respondieron que cuando quisieran obtener una repetición de la prescripción podrían ver al farmacéutico.

En España contamos ya con una experiencia en este sentido, desarrollada en el centro de salud Gotic de Barcelona y presentada en noviembre de 2001 en el último congreso de la SEMFyC<sup>17</sup>, donde la consulta de enfermería aborda en su demanda, en base a un protocolo establecido, la atención de problemas como: infección respiratoria de vías altas, infecciones del tracto urinario no complicadas, diarrea aguda, atención inicial de la hiperplasia benigna de próstata.

## 2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.

En nuestro caso, el análisis de cómo se gestiona la demanda en los centros de salud nos permite constatar algunos problemas y limitaciones del sistema. Nuestros centros presentan una organización de servicios que encauza prácticamente toda la demanda (la presión asistencial) por un solo servicio.

Alma-Ata, más de 20 años atrás, inspiró los procesos de reforma sanitaria que, como el nuestro, pretendían reorganizar los servicios sanitarios desde un modelo hospitalocentrista (donde el hospital y sus ambulatorios gestionaban *toda* la demanda) a un modelo con dos grandes niveles asistenciales: hospitales y atención primaria, asignando a los centros de salud la función de puerta de entrada al sistema, que debería resolver o derivar los problemas de salud de su población.



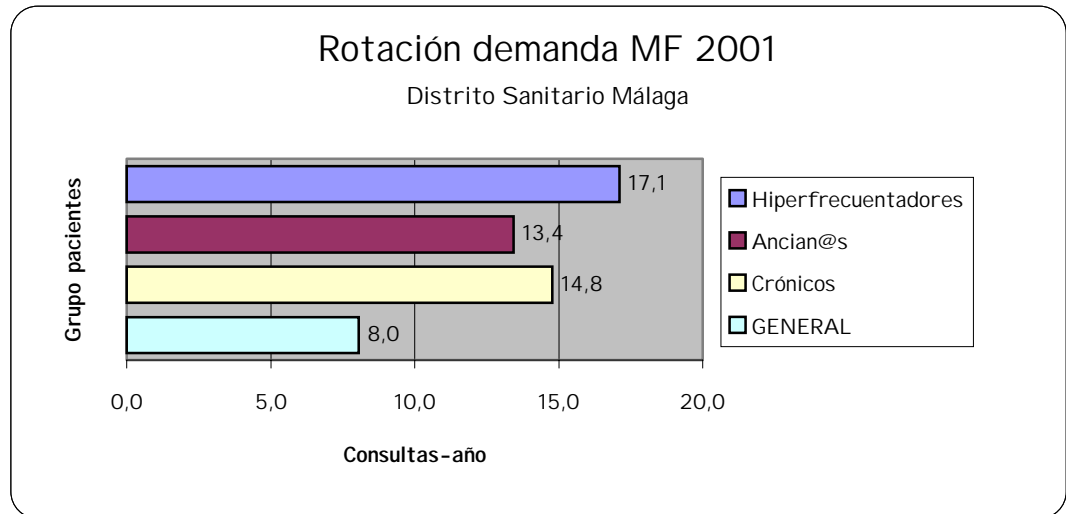
Aparecen pues los centros de salud que desarrollan una amplia gama de servicios a partir de unos Equipos de Atención Primaria con dos principales proveedores de atención: médicos de familia y enfermeras. En la práctica, la función de puerta de entrada sigue encomendada a uno solo de los proveedores de atención y la consulta del médico de familia se conforma como el espacio de gestión de toda la demanda. Por ella debe pasar todo: tanto las necesidades de tratamiento como las necesidades de cuidados, las peticiones a otros niveles y como los trámites administrativos que el sistema exige a sus usuarios.

El análisis de la demanda en nuestras consultas de MF nos permite encontrar tres segmentos de usuarios que, por sus características, pueden ser analizados específicamente y tienen un patrón de consumo diferenciado (ver figura 2): en dos casos suponen segmentos de población cuya demanda tiene características asistenciales específicas (los ancianos y los pacientes crónicos) y en el tercer caso, un segmento de pacientes en el que, entre otras variables ligadas a su perfil y a la práctica profesional de su MF, encontramos demandas más ligadas a características administrativas del sistema que a necesidades asistenciales. Para éste tercer segmento, cuya demanda es puramente burocrática y no implica decisión clínica alguna, no debería ser necesario que ningún clínico (ni médico ni enfermera) interviniera.





Figura 2: Rotación de pacientes por las consultas de MF durante 2001.

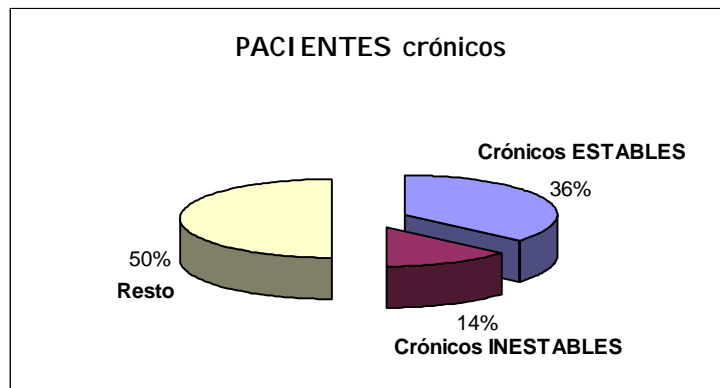


Fuente: Distrito Sanitario Málaga.

Los pacientes crónicos acuden 15 veces al año a consulta de su MF y en Andalucía consumen el 51 % de las mismas. Nos encontramos con un grupo de pacientes cuya enfermedad implica la necesidad de tratamiento médico, de control clínico y de ayuda para adaptar su respuesta ante la enfermedad. Estos tres elementos implican una combinación de atención médica y enfermera que variará en cada caso en función de diferentes variables. Conocemos asimismo que más de 2/3 de ellos son pacientes cuya situación clínica es estable y menos de 1/3 se encuentran en situación clínica inestable<sup>18</sup>. En este grupo de pacientes inestables podemos prever que en la ecuación de la atención sanitaria que necesitan, una parte esencial debe ser provista por su MF, pero en los más de 2/3 partes de pacientes crónicos con situación clínica estabilizada deberíamos prever un importante componente enfermero en la atención ofrecida (ver figura 3).



Figura 3: Caracterización de las consultas de pacientes crónicos en Andalucía.



Fuente: Carmona G. Estudio prospectivo para la medición del producto en Atención Primaria. XV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: EASP, 2000.

¿Pero que sucede? El análisis de las historias clínicas de estos pacientes nos muestra que mientras que una gran mayoría de ellos recibe atención médica son muchos menos los que reciben cuidados enfermeros en nuestros centros de salud (ver tabla 3).

Tabla 3: Accesibilidad y rotación de los pacientes crónicos por demanda médica y consulta de enfermería para crónicos.

AUDITORÍA 1999		Resultados HTA			Resultados DM			Resultados OCFA		
		medio	mayor	menor	medio	mayor	menor	medio	mayor	menor
MG	Con 1 cons demanda	88,26	99,64	62,73	86,90	96,06	62,20	89,00	100	42,42
	Media cons demanda	7,2	9,8	3,1	7,6	11,6	3,5	9,5	2,8	13,8
ENF	Con 1 cons de crónicos	36,94	69,53	12,42	48,38	74,8	11,02	24,58	69,01	3,03
	Media cons de crónicos	4,4	5,0	1,5	4,5	6,8	1,4	3,8	5,7	1,0

Fuente: Auditoría 1999 en los centros de salud del distrito sanitario Málaga.

Algo parecido sucede con la atención a los ancianos, que son una proporción importante de nuestros pacientes (entre el 19 y el 25%) y acuden 13 veces al año a su MF. Diversos estudios muestran asimismo que un 50 % de las consultas de AP son pedidas por ancianos (ver figura 4). También conocemos la casuística de su demanda. La Sociedad



Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) se refiere a ella como síndromes geriátricos, y son un conjunto de problemas de salud que van más allá de la patología y se adentran en la esfera de los cuidados: problemas relacionados con el deterioro de la movilidad, las caídas o el riesgo de ellas, la incontinencia, el deterioro de la autonomía funcional, los déficits de autocuidados, la falta de afectividad, los problemas familiares, las úlceras por presión, el estreñimiento, las alteraciones del sueño, etc.

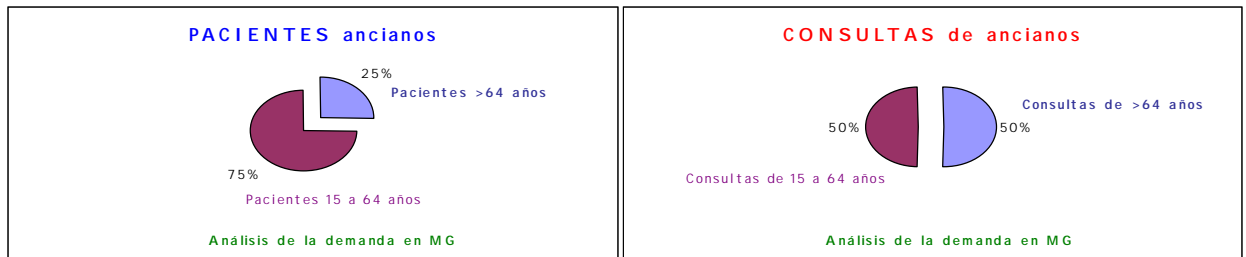


Figura 4: pacientes ancianos y demanda de consultas en AP.

La encuesta del Distrito de Guadix realizada en 1988 sobre población no institucionalizada de 65 años y más y con un tamaño muestral de 590 ancianos señala que en los seis meses previos a la encuesta el 82% de los ancianos habían acudido a su médico y el 52% a la de enfermería. Parece observarse una mayor utilización de servicios médicos y de urgencia y más consumo de medicamentos por parte de mujeres y un consumo de servicios más alto en el grupo de mayores de 75 años. En la población estudiada, la utilización de cualquier servicio, especialmente de las consultas al médico, está relacionada con la salud percibida, a peor percepción, más utilización. En la población estudiada la morbilidad percibida más frecuente fueron los dolores articulares y la dificultad respiratoria (disnea de esfuerzo), que se presenta en el 50% de los encuestados. Entre las enfermedades diagnosticadas destaca la hipertensión (30%). Otros problemas percibidos como importantes por el grado de incapacidad que pueden llegar a producir, son los problemas de los pies (41%), los temblores (23%), los mareos (42%) y los déficits



sensoriales. De ellos, los de la vista son los más frecuentes (el 60% de los ancianos no ve bien, y el 45% tiene problemas de audición).

En general, perciben peor su salud las personas con más síntomas, las que tienen mayor grado de incapacidad y las que han utilizado más los servicios sanitarios. Otras situaciones de riesgo, como el sentimiento de soledad, se asocia a una peor valoración de la propia salud.

Muchos de los síntomas presentados por los ancianos, en concreto los que tienen que ver con molestias y dolores articulares podrían ser manejados por enfermeras entrenadas en programas básicos de fisioterapia y ergonomía y manejando una mínima escalera analgésica.

La disnea de esfuerzo puede beneficiarse de programas de ejercicios respiratorios llevados por enfermeras adiestradas y trabajando el riesgo de deterioro de la movilidad que termina en intolerancia a la actividad física y/o fatiga.

Algunos de los problemas en los pies pueden ser abordados por enfermeras (uñas encarnadas, onicogriposis, pequeñas callosidades, micosis interdigitales) y pueden tomarse medidas para hacer más llevaderos y añadir seguridad a pacientes que inevitablemente deben vivir con algún nivel de temblor, mareo o déficit sensorial.

Por último, son las limitaciones para realizar actividades físicas lo que más incapacita al anciano y según lo visto anteriormente esto influye en la salud percibida de manera importante. Por ellos, es un diagnóstico enfermero central en el anciano el riesgo de deterioro de la actividad física.

El análisis de los segmentos de población a los que nos hemos referido deben hacernos considerar que la gestión de la demanda asistencial de un Centro de Atención Primaria puede mejorar si reconocemos que:



- Las demandas de ancianos y crónicos requieren alternativas asistenciales que por sus características pueden ser provistas en una medida importante desde las consultas de enfermería.
- Las demandas de pacientes por necesidades administrativas (recetas, ITs) que no impliquen decisión clínica alguna pueden ser resueltas por un dispositivo administrativo desde las Unidades de Atención al Usuario.

La puesta a punto de un modelo de consulta enfermera de demanda pasa, de forma ineludible, por el debate profesional de la “colaboración”. Turabian JL<sup>19</sup> teoriza sobre los problemas de la enfermería de atención primaria desde la visión del médico y concluye: *sin embargo, el papel de las enfermeras en AP y el del MF es un trabajo de colaboraciones, alianzas; un trabajo compartido: enfermera-paciente, enfermera-familia, enfermera-comunidad, enfermera-MF. ¿Podemos repensar enfermeras y MF cómo construir esta colaboración?* Pero este debate, debe centrarse en el marco de un sistema de salud moderno que intenta extraer las máximas potencialidades de cada uno de los actores de lo sanitario y, por tanto, debe ser regulado para filtrar corporativismos e introducir la planificación a medio-largo plazo sobre las necesidades de recursos humanos cuantitativas y cualitativas que se requerirán. Algunas lecciones<sup>20</sup> pueden extraerse de los errores cometidos por el NHS cuando en los 90 no previó las necesidades de enfermeras ni que el número de problemas de salud cerrados se correlaciona con la ratio de enfermeras. Hoy en día están claras algunas líneas puestas en práctica por el NHS –no las urgentes para paliar el déficit actual- como la necesidad de planificar el número y cualificación de profesionales de salud que serán necesarios en función de las demandas que se prevén, y la necesidad de adaptar los sistemas de pago y mejora de condiciones de trabajo para potenciar el crecimiento y fomentar la permanencia en el país de los profesionales necesarios.



En este contexto, tiene más sentido reeducar al paciente en el marco de un espacio abierto con diferentes agentes que proveen servicios de manera interconectada y donde la fluidez en el acceso y la circulación facilita el tránsito de los que reciben atención, desde un modelo de *atención compartida* de los dos principales proveedores de servicios de AP (médicos de familia y enfermeras comunitarias), con servicios accesibles *de forma directa (sin intermediarios)* y mejor orientados a la naturaleza de dichas demandas (tratamiento médico vs cuidados, problemas biológicos vs sociosanitarios).

### 3. DESARROLLO DE LA PROPUESTA.

Las consultas de enfermería deben conformarse como otra puerta de entrada al sistema, ofertando respuestas a la demanda habitual de un número importante de pacientes. Esto es posible y disponemos de experiencias parciales en la historia reciente de nuestros centros de salud de estas estrategias: las consultas de vacunas, con resultados excelentes por su capacidad de resolución, satisfacción de usuarios, satisfacción de profesionales y resultados asistenciales.

Andalucía, que fue pionera en dar carta de naturaleza a las consultas de enfermería para crónicos (la primera regulación publicada en un Boletín Oficial es la Orden de 27 de noviembre de 1985 publicada en el BOJA) puede incorporar ahora una innovación en la ordenación de la demanda asistencial que contribuya e mejorar la atención de nuestros servicios de Atención Primaria.

### 4. Definición del servicio.

La consulta a demanda de enfermería es el servicio ofertado por la enfermera a cada persona que acude a su consulta sin previa programación, ya sea espontáneamente o por indicación de otro profesional.



**Población diana:** cualquier persona que solicite consulta con su enfermera, pero especialmente:

1. Pacientes crónicos, especialmente en su fase inicial (prediagnóstica y diagnóstica) y aquellos clínicamente estables.
2. Ancianos estables con escaso deterioro motor y cognitivo.
3. Personas que asumen el cuidado de enfermos o personas dependientes (cuidadoras informales) que gestionan la atención que reciben estos pacientes (muy demandadores), con necesidades de formación para prestar los cuidados en el ámbito doméstico y con necesidades de atención derivadas de su rol de cuidadora familiar.
4. Personas susceptibles de intervenciones preventivas o de promoción de salud que puedan sistematizarse desde los servicios sanitarios: ayuda para dejar de fumar, orientación sexual y/o anticonceptiva, etc.
5. Problemas con importante consumo de consulta médica y susceptibles de ser seguidas por enfermeras: catarros no complicados, padres de hijos con asma, algunos problemas de salud mental (depresiones reactivas, seguimiento de depresiones que evolucionan bien con ISR, síndromes ansiosos, hipocondrías).

En una primera fase nos dirigiríamos a los grupos 1 a 4 de la población diana para, posteriormente, tras la consolidación inicial de las consultas a demanda y tras un proceso de acreditación de profesionales y servicios, pasar a una segunda fase donde también actuaríamos al grupo 5.

En la tabla 4 podemos ver una posible plasmación de un modelo de atención compartida de la demanda entre médicos y enfermeras,



donde se incluyen en la consulta a demanda de enfermería diferentes servicios:

1. Algunos prestados habitualmente por las enfermeras en nuestro medio desde las consultas de enfermería programadas: EpS, consejo estilos de vida, monitorización de enfermedades crónicas estables, tratamiento para el afrontamiento y autocuidado de una enfermedad crónica o lesión, manejo de los problemas de adhesión a los tratamientos, prevención y atención de problemas como el duelo disfuncional o ciertos niveles de ansiedad-depresión.
2. Otros que se vienen prestando desde ciertos programas o actividades dispensarizadas: vacunas a adultos, consejo e intervención antitabaco, orientación sexual y anticonceptiva, atención a heridas o lesiones menores, valoración geriátrica, apoyo y guía del cuidado familiar.
3. Nuevas actividades que se podrían incorporar (que aparece en rojo): atención a episodios agudos o procesos menores.

En una **primera fase** la consulta de enfermería a demanda debería dar respuesta a los aspectos señalados en los apartados 1 y 2. Situar todas esas demandas o servicios programados que realizan las enfermeras en el centro, en el ámbito de una misma consulta atendida por una misma enfermera (la enfermera asignada a cada paciente, que debe ser *su enfermera*), permitirá construir una mejor relación enfermera-paciente y que éstos identifiquen a este profesional como otro proveedor de servicios en su centro de salud. En esta misma fase inicial se debería reforzar el carácter referente de la consulta de enfermería para estos servicios derivando desde las consultas médicas todas aquellas demandas de usuarios relacionadas con estos aspectos.





Otro aspecto a desarrollar en esta primera fase sería el dar cobertura jurídica a ciertas actividades que, aunque habitualmente se realizan por enfermeras, en la actualidad requieren la intervención legal del médico: se trata de autorizar la prescripción enfermera de aquellos productos de farmacia que forman parte de las decisiones clínicas que las enfermeras toman al establecer un plan de cuidados: se incluyen aquí las tiras reactivas de glucosa, los absorbentes de incontinencia, los apósitos para curas de heridas y otro material de curas, las bolsas y colectores, ciertas vacunas, etc. También podrían ser prescritos por la enfermera algunos productos para la atención a ciertos problemas de salud concretos y en el marco de la utilización de protocolos oficiales de la institución: laxantes dentro de una guía ante los problemas de estreñimiento, analgésicos menores en ciertos procesos degenerativos que cursan con dolor, o antitérmicos en determinadas circunstancias (tal y como ya se hace, por ejemplo, tras la administración de una vacuna). Todo ello incrementaría la capacidad de resolución de las consultas enfermeras y evitaría la demanda en la consulta médica por aspectos que está atendiendo la enfermera. Por otro lado esto sería coherente con hacer una gestión clínica que acerque la decisión sobre el consumo de recursos allí donde se produce la decisión clínica sobre los mismos, mejorando la efectividad de los mismos.

En una **segunda fase** se establecería un programa de formación y acreditación que, una vez superado, permitiría a las enfermeras expandir su rol en las consultas a demanda y dar respuesta a aquellos problemas de salud menores que se establezcan (procesos respiratorios leves, infecciones del tracto urinario no complicadas, diarreas, etc) y a ciertos ajustes de tratamientos estables (insulinas, antidiabéticos orales, anticoagulación oral, escalera de hipotensores reducida), tratamientos en los que hay algunas experiencias de indicación automatizada (programas de gestión telemática en anticoagulados, de seguimiento telefónico en



diabéticos) y tradición de dar autonomía a los pacientes afectados cuando su nivel cultural lo permite.

Tabla 4: Servicios a ofertar desde las consultas a demanda.

	Proveedor habitual	
	Enfermera	Médico
<b>Promoción de salud</b>		
EpS, orientación sexual y anticonceptiva, consejo estilos de vida, etc	+++	
<b>Prevención de enfermedades</b>		
Vacunas, valoración geriátrica, intervención antibacno, actividades de <i>screening</i> , exámenes de salud, prevención de complicaciones.	+++	+
<b>Cuidados curativos</b>		
Episodios agudos o procesos menores	++	++
Heridas o lesiones menores	+++	+
Episodios agudos de procesos graves		+++
Lesiones o heridas graves		+++
<b>Cuidados de rehabilitación</b>		
Diagnóstico y tratamiento inicial de enfermedades crónicas	+	+++
Ajustes de tratamiento por inestabilidad enfermedades crónicas		+++
Monitorización de enfermedades crónicas estables	+++	+
Continuación de cuidados por lesiones o discapacidades	+++	+
Tratamiento para el afrontamiento y autocuidado de la enfermedad crónica o lesión	+++	
<b>Cuidados de soporte</b>		
Educación	+++	
Gestión de casos	+++	++
Apoyo y guía del autocuidado y del cuidado familiar	+++	
Establecer tratamientos		+++
Cuidados de soporte de la respuesta humana ante el problema de salud	+++	

## 5. ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA SU IMPLEMENTACION.

Hemos de distinguir las dos fases ya señaladas. En la primera se deben garantizar los siguientes aspectos, que deberían quedar acreditados para pasar a la segunda fase:

**Personalización:** la organización de los centros debe garantizar la asignación enfermera-paciente de tal forma que cada persona pueda identificar a *su* enfermera, y que ésta sea la que le proporcione la atención y cuidados que precise tanto en el centro como en su domicilio.



La organización por tareas debe dar paso a una organización centrada en los pacientes y vertebrada desde la relación enfermera-paciente.

La personalización de la atención busca situar a cada profesional ante la responsabilidad de los cuidados de su población, facilitar el reconocimiento de la población hacia su enfermera, favorecer la captación para actividades preventivas y de promoción, y favorecer la continuidad de cuidados.

Cada centro de salud analizará los servicios de enfermería que da a su población y establecerá una organización funcional donde se personalizará la provisión de cuidados según un nivel establecido que podrá oscilar entre:

- ✓ Nivel mínimo, que incluirá las intervenciones que supongan contactos continuados del paciente con una enfermera por un proceso o problema: crónicos, curas, visitas domiciliarias programadas y ciertos programas (anciano, seguimiento de pacientes anticoagulados, consejo e intervención antitabaco, etc).
- ✓ Nivel óptimo, que incluirá el resto de las actividades que implican contactos más puntuales con el paciente (inyectables, avisos, no demorables, urgencias, etc) salvo extracciones, cirugía menor y PVA.

**Resolución:** las consultas deben ser resolutivas para evitar que los pacientes acaben en la consulta médica y fidelizarlos. Como ya se ha dicho esto debe requerir en la primera fase el uso de una mínima farmacopea que incluya los productos antes señalados (tiras reactivas de glucosa, absorbentes de incontinencia, productos para las curas, etc) que en nuestra tradición se gestionan desde enfermería y establecer protocolos y guías oficiales que posibilitaran un nivel de intervención mínimo por las enfermeras en ciertos problemas.



**Accesibilidad:** las consultas deben ser accesibles para la población que desee ver a su enfermera, en cualquier día de la semana y a partir de una simple petición de cita. Ello implica un espacio estable identificado claramente por su población y una oferta horaria adecuada.

**Comunicación:** deben contemplarse acciones de comunicación a la población, a fin de orientar la demanda de la población y conseguir que los motivos de consulta que vayan a ser abordados desde las consultas de enfermería vayan siendo solicitados a las mismas; en este plan de comunicación deben tener un papel importante las consultas médicas, los otros servicios de enfermería y las Unidades de Atención al Usuario.

**Colaboración:** un modelo de atención compartida como éste necesita de la comunicación constante de enfermeras y médicos, centrada en las necesidades del paciente. Debería propiciarse la máxima colaboración del personal médico en el reparto de lo que hoy es *su* demanda y que pretendemos sea *nuestra* demanda. Entendemos que esta colaboración es imprescindible para que la consulta de enfermería a demanda alcance las cuotas de eficiencia que se esperan y alivien de manera eficaz la actual saturación de las consultas médicas, disminuyendo las demoras del sistema.

Se establecerán mecanismos en cada equipo para facilitar la cogestión de la atención cuando sea necesario, definiendo con la participación de los profesionales implicados los criterios de derivación, prioridades y mecanismos a utilizar.

**Formación y capacitación:** se deben desarrollar programas de formación que capaciten a los profesionales y pongan a su disposición la mejor evidencia disponible para la resolución de los problemas más comunes planteados por sus pacientes. Debería contarse con el apoyo de sociedades científicas médicas y enfermeras (SAMFyC, ASANEC) en el entrenamiento y formación de enfermeras y en la puesta a punto de las guías de práctica, vías de cuidados, etc.



Para la segunda fase se establecería de un programa formativo que acreditaría a quien lo superara a desempeñar los roles establecidos.

## 6. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Pacientes *crónicos* distintos atendidos en consulta de enfermería / Total *crónicos* atendidos en el centro.

Pacientes *ancianos* distintos atendidos en consulta de enfermería / Total *ancianos* atendidos en el centro.

*Cuidadoras familiares* atendidas en consulta de enfermería / Total *cuidadoras familiares* atendidas en el centro.

Pacientes distintos atendidos en consultas de enfermería / pacientes derivados a MF.

Pacientes con (*casuística concreta: riesgo deterioro movilidad, deterioro movilidad, etc*) atendidos en consulta de enfermería / Total de *ancianos* atendidos en consulta.

Pacientes con (*casuística concreta: cansancio del rol de cuidador, riesgo del mismo, afrontamiento familiar comprometido*) atendidos en consulta de enfermería / Total de *cuidadoras familiares* atendidas en consulta.

Pacientes con (*casuística concreta: conocimientos deficientes, afrontamiento individual inefectivo, ansiedad o temor, etc*) atendidos en consulta de enfermería / Total de *crónicos* atendidos en consulta.

Nº de consultas por episodio.

Motivos derivaciones.

Relación de guías delegadas en funcionamiento.

Pacientes en que se emplea una guía / Población diana para dicha intervención.

Indicadores específicos de guías en uso.



## 7. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Fernández M, Gavira L, Pérez M, Serrano R, Trujillo M. La sanidad desde el otro lado. Valoración social del sistema sanitario público en Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2001.
- 2 Servicio de Evaluación y Calidad Asistencial. Informe de los resultados de la encuesta de satisfacción de consultas de atención primaria. Año 2000. Vitoria: Osakidetza, 2001.
- 3 Instituto Nacional de la Salud. Encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria en 1999. Madrid: INSALUD, 2000.
- 4 Servicio de Información y Estadísticas. SAS. Reclamaciones 2000. Sevilla: SAS, 2001 (mimeo).
- 5 Guirao Goris A. La consulta de enfermería: aparición, implantación y desarrollo en España. I Reunión de la Asociación de Enfermería Comunitaria, Arnedillo, 1998.
- 6 Jiménez Otero MO, Ruiz Arias E. Consulta de Enfermería en consultorios y ambulatorios. Sevilla: Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud. Consejería de Salud, 1986.
- 7 Sherwood GD. Defining nurse practitioners scope of practice: expanding primary care services. Internet J of Adv Nurs Practice 1997; 1 (2).
- 8 Way D, Jones L, Baskerville B, Busing N. Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. Canadian Medical Association Journal 2001; 165 (9): 1210-14.
- 9 Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. A randomised trial. JAMA 2000; 283: 59-68.
- 10 Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. BMJ 2000; 320: 1043-1048.
- 11 Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S et al. Nurse management of patients with minor illness in general practice: multicentre, randomised controlled trial. BMJ 2000; 320: 1038-1043.
- 12 Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. BMJ 2000; 320:1048-1053.
- 13 Engelhardt JB, Toseland RW, O'Donnell JC, Richie JT, Jue D, Banks S. The effectiveness and efficiency of outpatient geriatric evaluation and management. J Am Geriatr Soc 1996; 44 (7): 847-856.
- 14 Elliot L, Crombie IK, Irvine L, Cantrell J, Taylor J. The effectiveness of public health nursing : a review of sistematic reviews. NHS Scotland. Scottish Executive 2001: 223-231.



15 Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002; 324: 819-823.

16 British Medical Association. BMA suggest nurses could become gatekeepers of the NHS. *BMJ* 2002; 324: 565.

17 Cebrían Pujol H. Trabajando en los EAP. ¿Con enfermería o sin enfermería? *Aten Primaria* 2001; 28 (supl 1): 117-118.

18 Carmona López G. Estudio prospectivo para la medición del producto en Atención Primaria. XV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: EASP, 2000.

19 Turabián JL. ¿Cuál es el papel de las enfermeras en AP? *Jano, Medicina y Humanidades* 1998 ; 54: 7.

20 Buchan J, Edwards N, Nursing numbers in Britain: The argument for workforce planning. *BMJ* 2000; 320: 1067-1070.